

din domeniul obstetricii și al neonatologiei au îmbunătățit foarte mult posibilitățile de diagnostic prenatal al feților cu întârziere în creșterea intrauterină. Ultrasonografia Doppler este o metodă noninvasivă de studiu al hemodinamicii fetale. Investigarea arterelor uterine și ombilicale prezintă informație referitor la perfuzia circulației utero-placentare și feto-placentare. Respectiv prin studiul Doppler al anumitor organe fetale pot fi depistate anumite modificări hemodinamice care apar ca răspuns la hipoxemia fetală, iar cunoașterea succesivității schimbărilor indicilor vasculari arteriali și venoși permit monitorizarea stării intrauterine a fătului.

#### Summary

Intrauterine growth restriction (IUGR) of the fetus represents a complex diagnosis in obstetrics. Advances in obstetrics and neonatology have greatly improved the possibilities for prenatal diagnosis of fetuses with intrauterine growth restriction. Doppler ultrasonography is supposed to be a non-invasive method to study fetal hemodynamics. Investigation of uterine and umbilical arteries presents information on perfusion of the uteroplacental and placental circulation, respectively by Doppler study of certain fetal organs some hemodynamic changes that occur in response to fetal hypoxemia can be detected, and knowing the sequence of the arterial vascular and venous changes permit monitoring of the intrauterine fetal condition.

#### Резюме

Задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) является комплексным диагнозом в акушерстве. Прогресс в акушерстве и неонатологии улучшил возможность пренатальной диагностики плодов с задержкой внутриутробного развития. Допплерография является неинвазивным методом обследования гемодинамики плода. Исследование маточных артерий и артерий пуповины представляет информацию о материнско-маточно-фетальном кровообращении. Используя этот метод в обследовании различных органов плода, возможно обнаружение гемодинамических изменений, которые появляются вследствие гипоксии плода, а освоение последовательности изменений сосудистых индексов в артериях и венах позволяет монитормировать в внутриутробное состояние плода.

## OPTIMIZAREA CONDUITEI MEDICALE ÎN BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ ACUTĂ

**Cătălin Cauș**, asistent univ.,  
USMF „Nicolae Testemițanu”

#### Actualitatea temei

Creșterea numărului de pacienți cu boala inflamatorie pelvină (BIP) pe glob este determinată de migrația populației, schimbarea comportamentului

sexual în rândurile tineretului, scăderea imunității și influența nefavorabilă ecologică [5]. În ultimele decenii s-au intensificat studiile despre BIP, obținându-se anumite succese în stabilirea factorilor predispozanți, etiopatogenetici, a metodelor de diagnostic și a manifestărilor clinice. Boala inflamatorie pelvină ocupă locul I în structura patologiei ginecologice și constituie 60-65% cazuri din pacientele consultate de medicii-ginecologi [4, 7].

Infecțiile urogenitale stau la baza multor patologii ginecologice și obstetricale cu urmări grave asupra funcțiilor menstruale, sexuale și reproductive [10]. În condițiile actuale această patologie se caracterizează prin unele particularități: creșterea frecvenței de îmbolnăvire cu flora condiționat patogenă, creșterea antibioretistenței microorganismelor, transformarea manifestărilor clinice din forme clasice în forme șterse cu evoluție atipică, fapt ce creează dificultăți în diagnostic [2]. Minimalizarea diagnosticului la etapa de ambulatoriu, tratamentul medical neadecvat, probele de laborator efectuate și interpretate incorect favorizează apariția formelor complicate de BIP [3]. Краснопольский В.И. (2001) menționează că cu cât mai mult durează procesul inflamator, cu atât mai mică este șansa de păstrare a funcției reproductive. Durata îndelungată a bolii conduce la forme complicate, ca peritonita, sepsisul, și se caracterizează prin evoluția instabilă a procesului inflamator, cu dereglări specifice caracterizate prin pierderea organelor și funcțiilor reproductive, cu letalitate înaltă. Profilaxia complicațiilor imediate și celor tardive, precum și a recidivelor de adresarea timpurie, stabilirea diagnosticului prin evaluarea gradului de gravitate a bolii, de localizare și răspândire a procesului [1].

Alegerea metodelor de diagnostic clinic, paraclinic, instrumental depinde de medic, de experiența, calificarea și cunoștințele teoretice ale acestuia, de capacitatea de a le aplica în practică. Componenta medicamentoasă este necesară de a fi efectuată înainte și imediat după intervenția chirurgicală, asigurând astfel eficacitatea tratamentului în ansamblu cu reabilitarea și revenirea la starea de până la boală [1, 8]. Actualitatea studiului aprofundat este motivată de manifestarea proceselor inflamatorii care au tendință de cronicizare și generalizare, cu dezvoltarea schimbărilor patofiziologice și patomorfologice ale țesuturilor, cu implicare în procesul patologic al sistemelor neurologice, endocrine, reproductive etc. Odată cu creșterea numărului de cazuri, se acordă atenție sporită acestor probleme, căutându-se modalități și alternative optime de prevenire și răspândire a BIP.

Scopul studiului constă în studierea particularităților de diagnostic și de optimizare a conduitei medicale a pacienților cu boală inflamatorie pelvină acută

### Materiale şi metode

Au fost analizate fişele medicale a 410 paciente spitalizate cu BIP acut în secţia de ginecologie septică a IMSP SCM nr. 1 pe parcursul anilor 2002-2008, la care au fost studiaţi următorii parametri: momentul debutului maladiei, modul de adresare a pacientelor, particularităţile de diagnostic ambulatoriu şi spitalicesc, evoluţia bolii, principiile de conduită medicală. Toate pacientele incluse în studiu au fost selectate după criteriile *Centers for Disease Control and Prevention*, 2002, (CDC) despre BIP, conform unei anchete speciale [9].

### Rezultate şi discuţii

Analiza informaţiilor acumulate ne-a permis să stabilim următoarele date: pacientele internate cu trimitere de la instituţii medicale au reprezentat 169 (41,2%) de cazuri, comparativ cu bolnavele cu autoadresare – 241 (58,8%) de cazuri. Rezultatele obţinute arată că durata de la debutul maladiei până la internare a fost: până la 4 zile în 111 (27,1%) cazuri, de la 5 la 7 zile – în 196 (47,8%) de cazuri, iar mai mult de 8 zile – în 103 (25,1%) cazuri. Investigaţiile efectuate în instituţiile medicale specializate, care au trimis pacientele spre spitalizare, au fost: ecografie în 70 (17,1%) de cazuri, radiografii în 9 (2,2%), analiza generală de sânge în 275 (67,1%) de cazuri, consult ginecologic în 214 (52,2%) de cazuri. La 387 (94,4%) de paciente la internare li s-a efectuat analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei. În baza cercetării efectuate, am constatat că doar în 256 (62,4%) de cazuri creşterea numărului de leucocite şi VSH crescută sunt unicii indicatori ai gradului de gravitate a procesului inflamator şi markeri ai evoluţiei bolii, pe când proteina C reactivă a fost utilizată în doar 6 (1,46%) cazuri.

Analizând metodele paraclinice efectuate de către pacientele spitalizate, am determinat că ecografia organelor genitale a fost făcută în 91 (22,3%) de cazuri. Acest examen a fost efectuat în primele 6 ore în 89 (21,5%) de cazuri de la internare, de la 7 la 12 ore – în 147 (34,5%) de cazuri, în altele 108 (27,1%) cazuri – la 24 de ore, şi 47 (11%) de cazuri – în intervalul de 48-72 de ore. Totodată, s-a constatat că în 16 (5,1%) cazuri ecografia nu a fost efectuată în timpul spitalizării. După rezultatele însămânţării bacteriologice a fost determinată prezenţa monoinfecţiei în 94 (23,4%) de cazuri, floră mixtă – în 214 (52,3%), iar în 102 (24,3%) cazuri nu a fost posibilă determinarea. Însămânţări bacteriologice după puncţie din spaţiul Douglas au fost făcute doar în 18 (4,4%) cazuri, pe când din căile genitale au fost colectate în 382 (93,2%) de cazuri. De menţionat că însămânţări bacteriologice intraoperatorii s-au colectat în timpul laparotomiilor în 14 (9,2%) cazuri, iar în timpul laparoscopiilor – în doar 5 (3,6%) cazuri.

Tratament exclusiv medicamentos s-a constatat în 175 (42,6%) de cazuri, comparativ cu cel chirurgical – 235 (57,3%) de cazuri. Pacientele supuse laparotomiei au constituit 65,8% din cazuri, comparativ cu cele supuse laparoscopiei – 34,2%. Forme medii de BIP (salpingite) au fost înregistrate în 86 (20,8%) de cazuri, forme complicate de BIP acut (abcese, piosalpinx, piovar, tumori tuboovariene) – în 183 (44,6%) de cazuri, iar forme grave de BIP acut (pelvoperitonită, peritonită, sepsis) au fost prezente în 141 (33,4%) cazuri. Spitalizarea pacientelor până la 5 zile s-a constatat în 49 (11,7%) de cazuri, în 176 (43,8%) de cazuri a fost timp de 6-9 zile, pe când spitalizarea de 10-13 zile a fost în 107 (26,2%) cazuri, aflarea în staţionar mai mult de 14 zile fiind în 78 (18,3%) de cazuri.

La peste 1/2 din pacientele care au avut trimitere spre spitalizare din instituţii medicale, diagnosticul de BIP acut a fost stabilit doar pe baza analizei generale de sânge şi a examenului ginecologic, în doar 1/6 din cazuri s-au utilizat metode paraclinice. Numărul mare de forme complicate şi grave este cauzat de adresarea tardivă a pacientelor, de durata debutului maladiei şi de investigarea incompletă. Nivelul VSH şi numărul de leucocite nu poate determina gravitatea procesului inflamator, dar poate constata prezenţa lui, iar în 1/3 din cazuri aceşti parametri au fost neinformativi. Presupunem că la 1/4 dintre cazuri prin analiza bacteriologică nu a fost posibilă determinarea agentului cauzal al BIP, din motivul că nu s-au respectat regulile de colectare, de păstrare şi transportare. Numărul mic de însămânţări intraoperatorii poate însemna, că însămânţarea bacteriologică nu este obligatorie la pacientele cu BIP acut şi este efectuată fie în formele cele mai grave, fie la discreţia medicului. Metoda ecografică rămâne a fi metoda de linia a doua şi se efectuează cu întârziere, în 1/2 din cazuri este efectuată după 12 ore de la internare, în 1/8 din cazuri nu este indicată pe perioada de spitalizare. Durata spitalizării de peste 10 zile în 1/2 din cazuri este prezentă în formele grave de BIP acut.

Frecvent sunt încălcate principiile corecte de diagnosticare, şi tratament al BIP, uneori diagnosticul este pus doar în baza datelor obiective şi a examenului ginecologic, fără confirmare paraclinică, alteori doar în baza rezultatelor de laborator. În final, hipodiagnosticul trece în hiperdiagnostic şi corespunde unor conduite terapeutice neraţionale şi nemotivate. În ambele cazuri, lipsa unor principii clare de stabilire a diagnosticului şi conduitei medicale, lipsa unui ghid naţional al acestei maladii creează premise de apariţie a erorilor statistice, hipo- sau hiperdiagnosticare neraţională, tratamente neadecvate ce favorizează dezvoltarea rezistenţei la antibiotice şi apariţia for-

melor grave ale bolii, cu dezvoltarea complicațiilor imediate și la distanță.

Pentru a optimiza conduita medicală a pacienților cu BIP, trebuie utilizate și la etapa de ambulatoriu criteriile de stabilire a diagnosticului de BIP propuse privind CDC 2002 [9]. Astfel vor fi evitate internările tardive și prevenite formele complicate ale maladiei. Consultând literatura de specialitate din străinătate pe problema BIP acute, am constatat că metodele de diagnostic evoluează de la an la an, iar principiile de conduită medicală periodic sunt revizuite și optimizate. Efectuând studiul prospectiv în perioada 2009-2011, am constatat că principiile de diagnostic, tratament, conduită medicală sunt aceleași de-a lungul anilor.

### Concluzii

Analizând rezultatele obținute, am constatat:

1. În diagnosticul BIP acut se propune utilizarea markerilor proinflamatori cu proprietăți mai mari de apreciere și prognosticare a gradului de gravitate a bolii, în scopul optimizării tacticii medicale.
2. Efectuarea ecografiei până la 6 ore la toate pacientele internate ar asigura o calitate net superioară a diagnosticului timpuriu și ne-ar permite să precizăm localizarea, extinderea, afectarea și orientarea în conduita de tratament și posibilul prognostic.
3. Examenul bacteriologic și antibiograma sunt esențiale în stabilirea etiologică a maladiei, însă nerespectarea regulilor de colectare, păstrare și transportare tardivă până la 48 de ore duce la neidentificarea agentului patogen.
4. Este absolut necesară implementarea unui protocol de conduită medicală la pacientele cu BIP acut, care urmează a fi revizuit o dată în an, la fel instruirea continuă a personalului medical și promovarea noilor metode de diagnostic fiind esențiale.

### Bibliografie

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., *Гнойная гинекология*, Москва: Медпресс, 2001: 34-120.
2. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., *Гнойные воспалительные заболевания придатков матки*, Москва: Медицина, 1996: 255.
3. Тумарев А.В., Затонских Л.В., Штыров С.В. и др., *Диагностическая и оперативная лапароскопия при острых заболеваниях у гинекологических больных*, Рос. вест. акуш.-гин., 1996; 1: 41-45.
4. Balbi G., Piscitelli V., Di Grazia F., *Acute pelvic inflammatory disease: comparison of therapeutic protocols*, Minerva Ginecol., 1996; 48:19-23.
5. Buchan H., Vessey M., Goldacre M., Fairweather J., *Morbidity following pelvic inflammatory disease*. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1993; 100(6): 558-562.

6. Gardo S., *Inflammation of the pelvis minor*, Orv. Hetil., 1998; 139(36) 2115-2120.

7. Kottmann L.M., *Pelvic inflammatory disease: clinical overview*, J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs., 1995; 24(8):759-767.

8. Quan M., *Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management*, J. Am. Board Fam. Pract., 1994; 7(2) 110-123.

9. Stamatian F., Preda Gh., *Boala inflamatorie pelvină. Infecțiile în ginecologie*, Cluj, 2003; 152.

10. Westrom L., *Diagnosis and treatment of salpingitis*, J. Reprod. Med., 1997; 28: 703-708.

### Rezumat

Sunt prezentate rezultatele unui studiu retrospectiv, efectuat pe un număr de 410 paciente internate în secția de ginecologie septică în perioada 2002-2008, cu diagnosticul de boală inflamatorie pelvină (BIP) acută. Au fost studiate fișele de observație clinică și extrase date pentru a le analiza și atrage unele concluzii. S-a constatat că până în prezent este utilizat același standard de analize clinice și paraclinice, neadaptat în totalitate cerințelor și situației de azi, cu unele erori în colectarea, păstrarea și transportarea probelor medicale. A fost determinat că pentru a obține succese în tratamentul BIP, este nevoie de un protocol de conduită medicală ce trebuie revizuit anual.

### Summary

The present article includes retrospective study results on 410 clinical observation cards of the patients with acute pelvic inflammatory disease (PID). Were studied by clinical observation records and extracted data for the analysis and make some conclusions. We found that medical diagnosis didn't change in the last years. It was determined that to be successful in the treatment of PID is needed to conduct a national protocol, to be reviewed annually in compliance with strict rules for the collection, storage and transportation of medical samples. The success of treatment and clinical results depends on appropriate medical care.

### Резюме

Результат ретроспективного исследования, проведенного у 410 пациентов, поступивших в отделение септической гинекологии в период с 2002 по 2008 год с диагнозом острое воспаление органов малого таза. Были изучены истории болезни наблюдения, извлечены данные для анализа и сделаны некоторые выводы. Было установлено, что до сих пор используются те же стандартные клинические и лабораторные анализы еще не полностью адаптированные к сегодняшнему дню, с некоторыми ошибками в процессе сбора, хранения и транспортировки медицинских образцов. Было установлено, что для успешного лечения необходимо иметь медицинский протокол, который будет ежегодно пересматриваться.